

На правах рукописи

АЛИЕВ ЮСИФ ГАМАТ ОГЛЫ

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ**

14.01.17- хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

МОСКВА - 2014

Работа выполнена на кафедре госпитальной хирургии
ГОУ ВПО Российский университет дружбы народов
НАУЧНЫЙ КОНСУЛЬТАНТ:
доктор медицинских наук, профессор Курбанов Фазиль Самедович

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОППОНЕНТЫ:

доктор медицинских наук,
профессор, зав. кафедрой
эндоскопической хирургии
факультета ФДПО МГМСУ им.
А.И.Евдокимова

Емельянов Сергей Иванович

доктор медицинских наук,
профессор кафедры общей и
специализированной хирургии ФФМ
МГУ им. М.В.Ломоносова. Главный
хирург департамента
здравоохранения ОАО «Российские
железные дороги»

Юрасов Анатолий Владимирович

доктор медицинских наук, зав.
отделением хирургии пищевода и
желудка РНЦХ им. акад.
Б.В.Петровского

Шестаков Алексей Леонидович

ВЕДУЩАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им.
И.М.Сеченова Министерства
здравоохранения РФ

Защита диссертации состоится «15» «декабря» 2014 года в 13.00 часов
на заседании диссертационного совета (Д.212.203.09)
Российского университета дружбы народов
(117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, дом 8).

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке
при ГОУ ВПО Российский университет дружбы народов
(117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, дом 6).

Автореферат разослан “ ____ ” _____ 2014 года

Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат медицинских наук, доцент

М.Ю.Персов

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Распространенность заболеваний желчевыводящих путей очень высока, желчнокаменная болезнь по частоте уступает лишь атеросклерозу. Конкременты в желчном пузыре выявляются у 10% взрослого населения, чаще у женщин в возрасте старше 40 лет, при этом число осложненных форм калькулезного холецистита остается стабильно высоким. Кроме того, основной тенденцией, на протяжении последних десятилетий, остается увеличение заболеваемости желчнокаменной болезнью, а также ее осложнений.

В мире проводится ежегодно 2,5 миллиона плановых и экстренных операций на желчном пузыре и желчевыводящих путях. Интенсивное внедрение малоинвазивных операций в абдоминальной хирургии стало возможно в последние годы в связи с успехами в развитии современных технологий. Хирургическое, в первую очередь, лапароскопическое лечение желчнокаменной болезни в течение многих лет сохраняет свою несомненную актуальность, это вмешательство является «золотым стандартом» в лечении этого заболевания. Постоянно возрастающие объемы малоинвазивных операций объясняются сокращением времени пребывания больного в стационаре и уменьшением сроков временной нетрудоспособности. Повышение качества жизни больных и косметический эффект также относятся к достоинствам этих операций.

Однако существуют категории больных, у которых возможность лапароскопической операции подвергается сомнению. К этим категориям, в частности, относятся больные тяжелыми сопутствующими заболеваниями, с осложнениями заболеваний желчевыводящих путей и ряд других (А.Г. Бебуришвили, 2013; V.H. Le, 2012). На сегодняшний день, показания к применению малотравматичных лапароскопических хирургических методик у этих больных, выбор варианта и техники вмешательства продолжают активно обсуждаться. Кроме того, в арсенале хирургов, помимо видеоэндоскопических технологий, имеются и иные малотравматичные варианты вмешательств, в частности, с использованием специального инструментария для выполнения операций из минилапаротомного доступа (А.Д. Тимошин, 2003; М.И. Прудков, 2005; А.М. Шулутко, 2005). Следовательно, вопрос о выборе варианта малоинвазивного вмешательства при заболеваниях желчевыводящих путей остается открытым. В лечении больных с заболеваниями желчевыводящих путей сохраняет свое место и традиционный лапаротомный доступ, что требует специальной оценки показаний.

Важнейшей темой последних лет является активное и повсеместное внедрение технологий, направленных на сокращение сроков пребывания больного в стационаре, активное использование амбулаторных методик. Эта тенденция, применительно к больным с желчнокаменной болезнью, вызывает множество вопросов и служит предметом активного обсуждения (С. Barthelsson, 2003; S.M. Tenconi, 2008; M.A. Lezana Pérez, 2013; J. Vaughan, 2013).

Таким образом, проблема хирургического лечения заболеваний желчевыводящих путей чрезвычайно актуальна сегодня и решение ее требует выработки адекватной диагностической и лечебной тактики, в зависимости от характера заболевания, наличия осложнений, характера и тяжести сопутствующей патологии и иных параметров.

Цель исследования: разработка рациональной тактики хирургического лечения больных с заболеваниями желчевыводящих путей.

Для реализации данной цели поставлены следующие **задачи:**

1. Разработать оптимальную тактику и определить показания к малоинвазивным хирургическим вмешательствам у больных с заболеваниями желчевыводящих путей.
2. Создать алгоритм выбора варианта малоинвазивного вмешательства у больных с заболеваниями желчевыводящих путей.
3. Оценить эффективность малоинвазивных вмешательств у больных с осложненными формами заболеваний желчевыводящих путей.
4. Усовершенствовать технические аспекты операций на желчевыводящих путях из минилапаротомного доступа.
5. Оценить потенциал стационарзамещающих технологий в лечении больных с заболеваниями желчевыводящих путей.
6. Изучить возможности выполнения малоинвазивных сочетанных операций у больных с заболеваниями желчевыводящих путей.
7. Определить место традиционного доступа в современной хирургии заболеваний желчевыводящих путей.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА ИССЛЕДОВАНИЯ

1. На большом числе клинических наблюдений проведен многофакторный анализ результатов малоинвазивного хирургического лечения больных с заболеваниями желчевыводящих путей. Оценены показания и противопоказания к хирургическому лечению заболеваний желчевыводящих путей с использованием различных малоинвазивных вмешательств.
2. Показана возможность хирургического лечения больных острым калькулезным холециститом, осложненной желчнокаменной болезнью с использованием малоинвазивных технологий (лапароскопического и минилапаротомного доступов). Определены широкие возможности использования минилапаротомного доступа в лечении больных с осложнениями желчнокаменной болезни со стороны внепеченочных желчных протоков, предложен и запатентован инструмент, повышающий эффективность этих операций.

3. Впервые продемонстрировано, что четкая предоперационная оценка состояния больного с желчнокаменной болезнью, его общего статуса и характера локальных изменений, позволяет осуществить правильный выбор варианта хирургического вмешательства. Предложенный алгоритм выбора варианта оперативного вмешательства позволил получить хорошие результаты лапароскопического лечения у 98,8% больных с острым калькулезным холециститом без конверсии доступа, из минилапаротомного доступа – у 98,7% больных.

4. Решена проблема лечения больных с заболеваниями желчевыводящих путей в амбулаторных условиях. Продemonстрирована принципиальная возможность ограничить продолжительность госпитализации одними сутками у подавляющего большинства больных, перенесших лапароскопическое вмешательство и у четверти пациентов, у которых была выполнена операция из минилапаротомного доступа.

НАУЧНО - ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. На основании многофакторного анализа оценена роль и место лапароскопических операций и вмешательств из минилапаротомного доступа у больных с заболеваниями желчевыводящих путей в сравнении с вмешательствами из лапаротомного доступа. Использование малоинвазивных хирургических методик эффективно у большинства больных.

2. Четко определено место лапаротомного доступа в лечении больных с заболеваниями желчевыводящих путей. Обозначены общие и местные показания, уточнены ситуации, при которых следует прибегать к лапаротомному доступу.

3. Продemonстрированы возможности малоинвазивных вмешательств у больных с сочетанными хирургическими заболеваниями. Показано, что возможно успешное выполнение лапароскопических вмешательств и операций из минилапаротомного доступа на органах гепатобилиарной зоны одновременно с операциями на иных органах брюшной полости и малого таза, а также в других анатомических областях.

4. Указана сфера применения различных амбулаторных методик в лечении больных с заболеваниями желчевыводящих путей. В амбулаторной практике возможно использование как лапароскопических, так и минилапаротомных вмешательств, хотя применение видеолaparоскопических технологий предпочтительнее.

ВНЕДРЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ РАБОТЫ В ПРАКТИКУ

Основные положения и выводы диссертации внедрены в практику ГБУЗ ГБ №17 Департамента здравоохранения Москвы (Российская Федерация), ГКБ № 2 им. М.Э. Эфендиева и медицинского центра «International Medical Centre – 2» г. Баку (Азербайджанская Республика).

АПРОБАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Апробация диссертации проведена на совместной научной конференции кафедры госпитальной хирургии с курсом детской хирургии ФГБОУ ВПО Российского университета дружбы народов, НУЗ ЦКБ №2 им. Семашко ОАО «РЖД» и ГБУЗ ГБ №17 Департамента здравоохранения Москвы 15 мая 2014 года.

Материалы диссертации доложены на:

1. Конференция «Виноградовские чтения», (Москва, 2013);
2. XIII International Euroasian Congress of Surgery and Gastroenterology, (Baku, 2013);
3. XVII съезд Российского Общества Эндоскопических Хирургов (Москва, 2014);
4. Azerbaijan-Turkey Days of Surgery and Gastroenterology, (Baku, 2014).

ПУБЛИКАЦИИ

По теме диссертации опубликовано 26 печатных работ, в том числе 15 в рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК РФ и патент на полезную модель.

СТРУКТУРА И ОБЪЕМ ДИССЕРТАЦИИ

Диссертация написана на русском языке, объем её составляет 238 страниц машинописи (компьютерного набора). Работа состоит из оглавления, списка сокращений, введения, 5 глав (в том числе обзора литературы), заключения, выводов, практических рекомендаций. Список использованной литературы включает 115 работ отечественных и 98 зарубежных авторов. Диссертация иллюстрирована 91 рисунком, 29 таблицами, 10 клиническими примерами.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ДИССЕРТАЦИИ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ

1. Малоинвазивные вмешательства (лапароскопическая холецистэктомия и вмешательство из минилапаротомного доступа) являются методом выбора у большинства больных с заболеваниями желчевыводящих путей. Выбор варианта операции определяется не только местным статусом, но и наличием и тяжестью осложнений, а также характером сопутствующих заболеваний. Холецистэктомия из лапаротомного доступа должна выполняться у больных с острым деструктивным холециститом, осложненным разлитым и диффузным перитонитом с необходимостью ревизии органов брюшной полости.
2. У больных с острым калькулезным холециститом выбор малоинвазивного вмешательства должен основываться на ультразвуковых параметрах степени выраженности воспаления стенки желчного пузыря, наличии осложнений со стороны внепеченочных желчных протоков, а также сопутствующих заболеваний, требующих одномоментного вмешательства.

3. Амбулаторное лечение желчнокаменной болезни с использованием лапароскопического метода эффективно у больных хроническим калькулезным холециститом, а также у больных острым холециститом без признаков деструкции желчного пузыря. Операцией резерва является холецистэктомия из минилапаротомного доступа, которая может быть использована в амбулаторной практике у сложных пациентов – с острым и осложненным холециститом, после ранее выполненных вмешательств на органах брюшной полости с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

4. Выбор малоинвазивного доступа у оперированных ранее больных зависит от объема и зоны прошлого вмешательства. Выраженный спаечный процесс существенно затрудняет выполнение лапароскопической холецистэктомии, поэтому к ней следует прибегать при предшествующих операциях на органах малого таза, а также лапароскопических вмешательствах. Возможности минилапаротомного доступа существенно выше, его использование эффективно у больных, ранее оперированных на органах верхних отделов брюшной полости.

СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИОННОЙ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность темы, сформулированы цели и задачи исследования, обоснованы научная новизна и практическая значимость, изложены основные положения, выносимые на защиту, представлены сведения о реализации работы и апробации результатов исследования.

В первой главе представлен обзор публикаций по анализируемой проблеме, приведены данные, касающиеся современного состояния хирургии заболеваний желчевыводящих путей. Анализ отечественной и зарубежной литературы последних лет показал, что эта тема недостаточно освещена по ряду направлений, в частности касательно сложных категорий больных острым и осложненным калькулезным холециститом, где непросто выбрать вариант вмешательства, особенно с учетом наличия сопоставимых по результатам малоинвазивных методик. Важный раздел работы, очень мало описанный в современной медицинской литературе, посвящен применению амбулаторных методик в лечении больных с заболеваниями желчевыводящих путей.

Во второй главе представлены материал, методы, а также протокол и дизайн проведенного исследования. Клинико-статистический анализ был проведен на следующих клинических базах: кафедра госпитальной хирургии с курсом детской хирургии Российского университета дружбы народов, г. Москва, Российская Федерация; городская больница №17, г. Москва, Российская Федерация; городская клиническая больница № 2 им. М.Э. Эфендиева, г. Баку, Азербайджанская Республика; медицинский центр «International Medical Centre – 2», г. Баку, Азербайджанская Республика за период с января 2009 года по декабрь 2013 года. В исследовании были использованы результаты непосредственных клинических наблюдений и архивные данные 1038 больных, оперированных по поводу желчнокаменной

болезни за период с января 2009 года по декабрь 2013 года. Малоинвазивные вмешательства включали операции с применением видеоэндоскопической техники (лапароскопические операции), а также операции из минилапаротомного доступа. Больные контрольной группы перенесли вмешательства из традиционного (лапаротомного) доступа.

В 793 случаях применялись малоинвазивные методики, в том числе 341 больной был оперирован лапароскопически и 452 – из минилапаротомного доступа. Традиционные операции, выполненные из лапаротомного доступа, перенесли 245 больных. Распределение больных по группам показано на рисунке 1. Средний возраст больных, оперированных из лапароскопического доступа был несколько ниже, чем в двух других группах, однако статистически достоверных отличий не было ($p>0,05$). В группе больных, оперированных лапароскопически, старше 60 лет была 1/5 часть, в то время как среди оперированных из лапаротомного доступа таковых было больше трети.

В группах, перенесших малоинвазивные вмешательства, количество пациентов с острым и хроническим холециститом было приблизительно одинаковым, хотя среди больных, оперированных лапароскопически, с острым воспалением было меньше, чем из минилапаротомного доступа ($p>0,05$).



Напротив, лишь у пятой части пациентов, у которых операция была выполнена из лапаротомного доступа, показаниями явился хронический калькулезный холецистит, в остальных случаях вмешательство выполнялось по поводу острого калькулезного холецистита различной степени выраженности. Основные диагнозы больных в исследуемых группах представлены в таблице 1.

Минимальное число больных острым флегмонозным и гангренозным холециститом было среди пациентов, оперированных лапароскопически, максимальное – из лапаротомного доступа ($p<0,01$). Группа больных, перенесших вмешательство из минилапаротомного доступа заняла промежуточное положение по этому параметру, достоверно отличаясь по

частоте встречаемости больных флегмонозным холециститом от больных, оперированных из лапароскопического доступа ($p < 0,05$).

Максимальная продолжительность заболевания в группе больных, оперированных из традиционного доступа, составила 28 лет, из минилапаротомного доступа – 20 лет, из лапароскопического доступа – 15 лет.

Различные сопутствующие заболевания были выявлены у больных всех исследуемых групп, причем общее число их было, практически одинаково. В работе прослеживается отчетливая тенденция увеличения частоты тяжелых сопутствующих заболеваний от группы больных, оперированных лапароскопически к группе больных, перенесших вмешательство из лапаротомного доступа. Больные, оперированные из минилапаротомного доступа, занимали, по этому параметру, промежуточное положение.

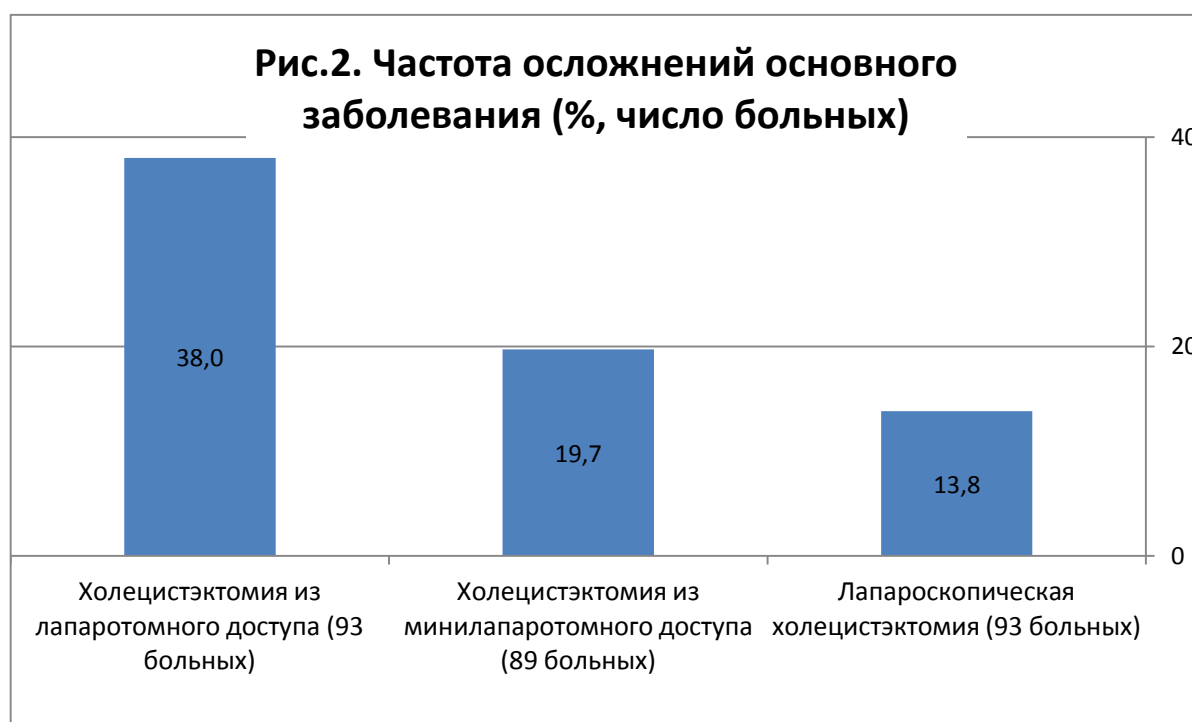
Таблица 1

**Основные диагнозы у больных, оперированных по поводу
желчнокаменной болезни**

Вид операции Основные диагнозы	Вмешательство из лапаротомного доступа		Вмешательство из минидоступа		Вмешательство из лапароскоп. доступа	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Острый калькулезный холецистит (стадия катарального воспаления)	93	38,0	192	42,5	132	38,7
Острый калькулезный холецистит (стадия флегмонозного воспаления)	59	24,1	48	10,6	9	2,6
Острый калькулезный холецистит (стадия гангренозного воспаления)	42	17,1	22	4,9	5	1,5
Хронический калькулезный холецистит	51	20,8	190	42,0	195	57,2
Всего:	245	100,0	452	100,0	341	100,0

Оценка физического состояния пациентов, основанная на наличии и тяжести их сопутствующих заболеваний проводилась согласно классификации Американской Ассоциации Анестезиологов (ASA). Группа больных, оперированных из лапаротомного доступа, отличалась существенно большей встречаемостью тяжелых сопутствующих заболеваний, сравнительно с больными, которым были выполнены малоинвазивные операции.

Осложнения желчнокаменной болезни были выявлены на этапе предоперационного обследования у больных всех исследуемых групп, однако частота их встречаемости была различной (рис. 2). В группе больных, оперированных из традиционного доступа, осложнения основного заболевания были у каждого третьего, у оперированных лапароскопически – лишь у каждого седьмого пациента ($p < 0,05$). У больных, перенесших вмешательство из минилапаротомного доступа, осложнения были у каждого пятого, также существенно меньше, при сравнении с оперированными из лапаротомии, хотя достоверных различий получено не было ($p > 0,05$).



Важно было то, что у больных, перенесших операцию из лапароскопического доступа, воспалительные осложнения, выходящие за пределы желчного пузыря, встретились в единичных случаях. Характер тяжелых осложнений у больных, оперированных из минилапаротомного доступа, был схож с таковыми у пациентов, оперированных лапароскопически, хотя встречались они существенно чаще. Выявленный в одном случае у больного холецистохоледохеальный свищ (синдром Мириззи), заставил перейти к конверсии и расширению раны по Кохеру. Еще в одном случае был выявлен пузырно - толстокишечный свищ. Из минилапаротомного доступа

стенка кишки была ушита двухрядным швом, после чего выполнена ретроградная холецистэктомия.

Существенно более тяжелыми и распространенными были осложнения, у больных, оперированных из лапаротомного доступа. Показанием к выполнению вмешательства из лапаротомного доступа у этих больных явились диффузные, в том числе желчные, перитониты, гнойный холангит, подпеченочный абсцесс, а также сочетание осложнений.

Ряд больных ранее перенесли хирургические вмешательства на органах брюшной полости и малого таза, их количество в группах было, практически, одинаковым ($p > 0,05$). При этом, обращает на себя внимание, что практически все больные, оперированные лапароскопически, ранее перенесли операции на органах малого таза (аппендэктомия, кесарево сечение и др.), выполненные, как правило, также из лапароскопического доступа. У части больных, оперированных из минилапаротомного доступа, в анамнезе были плановые вмешательства на органах верхних отделов брюшной полости (гастрэктомия, резекция желудка) и забрюшинного пространства (нефрэктомия). Лишь в одном случае больной перенес экстренную операцию в связи с перфорацией язвы желудка, еще в одном – операцию по поводу разрыва кисты правого яичника.

В то же время, у больных, оперированных из лапаротомного доступа, в анамнезе, как правило, были сложные операции на органах верхних этажей брюшной полости (неоднократная эхинококкэктомия), либо экстренные вмешательства (по поводу панкреонекроза, внематочной беременности). У двух из четырех больных, которым ранее было выполнено грыжесечение, были рецидивные, неоднократно оперированные грыжи передней брюшной стенки.

Таким образом, прослежена четкая зависимость варианта выбранного доступа от ожидаемой выраженности спаечного процесса в брюшной полости, от минимальной, при лапароскопических операциях на органах малого таза, до максимальной, после объемных, неоднократных и экстренных операций и ранее выполненных лапаротомий. При этом вмешательства из минилапаротомного доступа продемонстрировали, в этом плане, более широкие возможности, чем лапароскопические.

Общеклиническое обследование включало, в первую очередь, лабораторные исследования крови и мочи. В общем клиническом анализе крови мы не выявили существенных и статистически значимых различий по таким параметрам, как средние показатели абсолютного содержания лейкоцитов, палочкоядерных нейтрофилов и скорости оседания эритроцитов (СОЭ). Основные параметры биохимического анализа крови в основном сочетались с ранее приведенными данными о характере и частоте встречаемости осложнений основного заболевания в изучаемых группах. В частности, максимальное, сравнительно с другими группами, содержание в крови больных, перенесших операцию из лапаротомного доступа таких параметров, как прямой и общий билирубин, амилаза, АСТ, вполне сочетается с высокой

частотой встречаемости у этих пациентов механической желтухи, холедохолитиаза и обострения хронического панкреатита.

Диагностика заболеваний желчного пузыря основывалась на данных ультразвукового исследования. Во время ультразвукового исследования оценивали размер правой и левой долей печени, положение желчного пузыря, его размеры, гомогенность просвета и наличие конкрементов, их количество, положение и размеры. Обязательно определяли толщину и структуру стенки желчного пузыря. Измеряли диаметр общего желчного протока и внутрипеченочных желчных протоков, определяли гомогенность протоков. Особое внимание обращали на наличие увеличенных лимфатических узлов в проекции печеночно-двенадцатиперстной связки, двойного контура, а также признаков реактивного панкреатита.

Обычные размеры желчного пузыря были в большинстве случаев во всех группах, желчный пузырь увеличенных размеров несколько чаще выявлялся у больных, оперированных традиционно (18,5%), сравнительно с больными, которым было выполнено малоинвазивное вмешательство (оперированные лапароскопически - 11,4%, из минидлапаротомного доступа - 13,7%), однако различия были недостоверны ($p > 0,05$). Частота выявления сморщенного (уменьшенного) желчного пузыря также достоверно не различалась в группах (5,7%, 5,2% и 3,8% соответственно, $p > 0,05$).

Содержимое желчного пузыря было определено у всех больных, конкременты выявленные при УЗИ, во всех случаях в дальнейшем подтверждались во время операции; расхождений в диагнозе не было. Количество конкрементов было различным, единичные камни в желчном пузыре были обнаружены у приблизительно равного числа больных в оцениваемых группах (при вмешательстве из лапаротомного доступа у 25,5%, из минилапаротомного - у 22,9% и из лапароскопического - у 23,7% больных, $p > 0,05$), в остальных случаях калькулез был множественным.

Толщина стенки желчного пузыря оценивалась у всех больных желчнокаменной болезнью. Толщину передней стенки пузыря стандартно измеряли в области тела, утолщенной считали стенку пузыря более 3 мм. Утолщенная стенка желчного пузыря была выявлена у 72,4% больных, оперированных из лапаротомного доступа, у 68,3% больных, перенесших вмешательства из минилапаротомного доступа и у 65,3% больных, которым была выполнена операция из лапароскопического доступа ($p > 0,05$). У ряда больных при ультразвуковом исследовании был выявлен двойной контур утолщенной стенки желчного пузыря, среди них 3,9% больных, оперированных из традиционного доступа и 2,5% - из минилапаротомного доступа, различия были недостоверны ($p > 0,05$). В группе больных, у которых была выполнена лапароскопическая операция, двойной контур стенки пузыря не был выявлен ни в одном случае.

В группе оперированных из лапаротомного доступа больных с расширением общего желчного протока было несколько больше, что вполне согласуется с большей частотой выявления осложнений желчнокаменной

болезни со стороны общего желчного протока. Достоверных различий по этому параметру между группами получено не было ($p>0,05$).

При выполнении традиционных вмешательств на желчевыводящих путях в качестве доступа использовали либо разрез в правом подреберье по Кохеру (74,2% больных), либо верхнесрединную лапаротомию (25,8% больных). Последняя выполнялась в тех случаях, когда требовалась ревизия брюшной полости при обоснованном подозрении на перитонит, либо при наличии сопутствующих заболеваний, требующих хирургического вмешательства (например, срединной послеоперационной грыжи).

Холецистэктомию из традиционного доступа выполняли как в ретроградном, так и в антеградном варианте, отдавая предпочтение ретроградному способу. Пункция желчного пузыря потребовалась 64 больным в этой группе (26,2%), с эвакуацией от 10 до 300 мл желчи (ср. - $86,3\pm 10,3$ мл), как правило, с примесью гноя. Дополнительные вмешательства на желчевыводящих путях потребовались 18 больным в этой группе (7,4%), сочетанные операции на органах брюшной полости – 12 больным (4,9%).

При выполнении вмешательств из минилапаротомии использовали два основных вида разреза – правосторонний трансректальный и правосторонний параректальный доступы, среди которых первый существенно преобладал. Величина доступа во всех случаях была в пределах 4 - 5 см (ср. $4,5\pm 0,1$ см).

Методика оперативного вмешательства на желчных путях из минилапаротомного доступа была стандартной. Операция выполнялась бригадой, состоящей из хирурга и ассистента. После выполнения доступа рану раздвигали 4 - 6 зеркалами с изменяющейся геометрией, обеспечивая визуализацию операционного поля, подпеченочного пространства, а также освобождая желчный пузырь и гепатодуоденальную связку.

У 27 больных, главным образом с деструктивным холециститом, использовали специальный ретрактор, на котором были смонтированы и световод, и наконечник ирригатора-аспиратора («Хирургический ретрактор-осветитель», патент №142738 по заявке №2013155924 от 17.12.2013 г.).

Зона вмешательства была достаточной для свободной визуализации и ревизии общего и печеночного желчных протоков, а также пузырного протока и артерии. Техника холецистэктомии не отличалась от стандартной, перевязка пузырного протока и пузырной артерии производилась отдельно. Кровотечение из ложа обычно останавливали коагуляцией, в ряде случаев ложе было ушито.

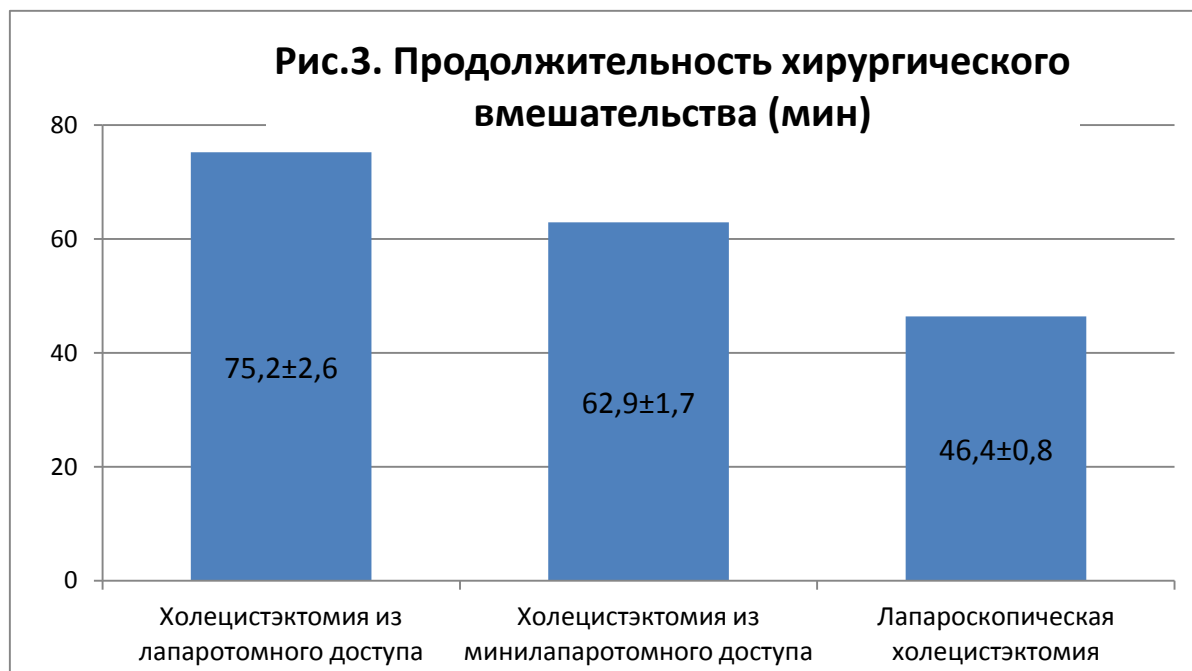
Как и в группе больных, оперированных из традиционного доступа, у этих больных использовали как антеградный, так и ретроградный способ вмешательства. Сравнительный анализ не продемонстрировал достоверных и существенных различий по соотношению этих способов в рассматриваемых группах. 45 больным (10,0%) потребовалась пункция желчного пузыря, что было достоверно ниже, чем в группе больных, оперированных из традиционного доступа ($p<0,05$). Кроме того, был существенно меньше и средний объем удаленного пунктата (от 10 до 200,0 мл, ср. - $60,6\pm 7,4$ мл).

Реконструктивные вмешательства на желчевыводящих путях потребовались 10 больным в этой группе (2,2%), сочетанные операции на– 5 больным по поводу грыж передней брюшной стенки (1,1%).

Лапароскопическая холецистэктомия у больных, вошедших в данное исследование, выполнялась по общепринятой методике, бригадой из хирурга, двух ассистентов и операционной сестры. Применяли стандартный доступ с введением четырех троакаров в обычных точках.

Холецистэктомия во всех случаях производилась “от шейки”. Последовательность выделения пузырного протока и артерии была различной, в зависимости от их расположения и выраженности жировой клетчатки в области шейки. Артерию и проток во всех случаях клипировали отдельно и пересекали. 12 больным (3,5%), оперированным из лапароскопического доступа, была выполнена пункция желчного пузыря. Объем пунктата, во всех случаях не превышал 50 мл (ср. – $44,3 \pm 6,8$ мл).

Минимальное время для выполнения операции было затрачено в группе больных, оперированных лапароскопически (рис. 3). Ни в одном случае время операции не превысило 60 минут. В результате, средняя продолжительность вмешательства была достоверно ниже, чем в двух других группах ($p < 0,01$). Достоверно отличалась продолжительность операции из минилапаротомного доступа от времени, потребовавшегося для осуществления вмешательства из традиционного лапаротомного доступа ($p < 0,01$).



Результаты вмешательства были расценены как хорошие в тех случаях, когда у больных не отмечалось интраоперационных и послеоперационных осложнений, летальных исходов, а также отказов от малоинвазивных доступов (лапароскопического и минилапаротомного) в пользу традиционной лапаротомии.

Хорошие результаты были получены у значимого большинства больных во всех группах. Тем не менее, у больных, оперированных из лапароскопического и минилапаротомного доступов, процент подобных результатов был схож (96,8% и 96,9%) и существенно (почти на 10%) превышал этот параметр для группы больных, которым вмешательство было выполнено из традиционного доступа (90,6%).

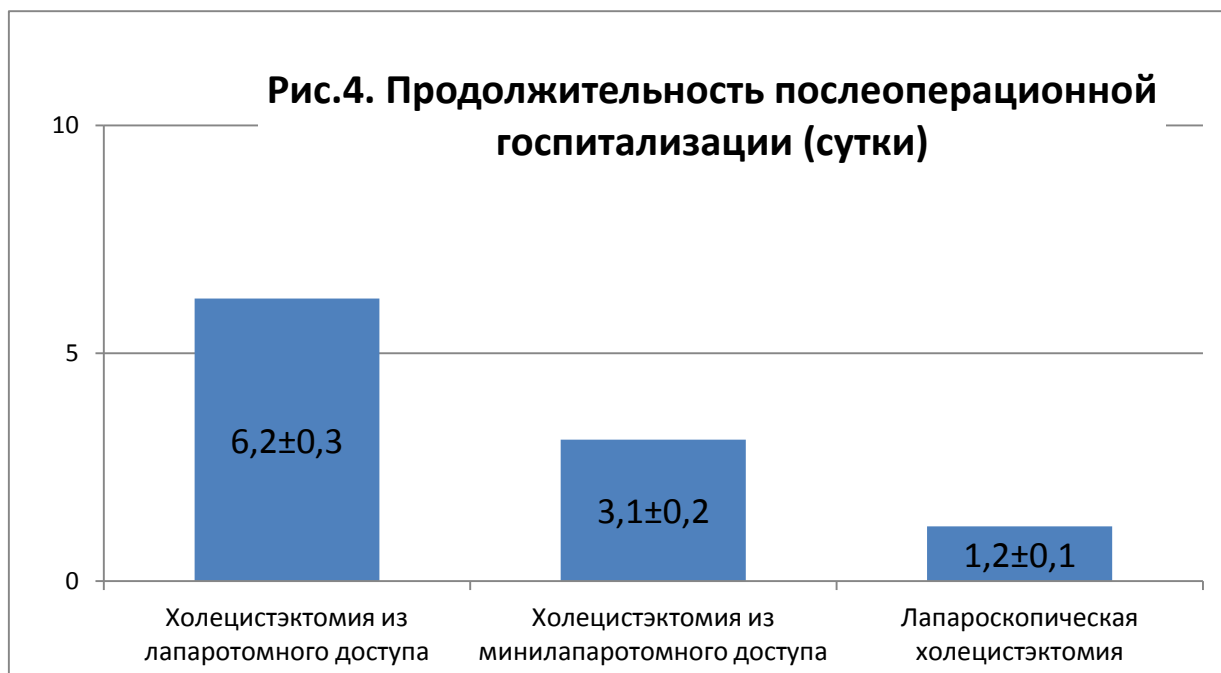
В группе больных, оперированных из лапаротомного доступа, неудовлетворительные результаты, а именно интраоперационные и послеоперационные осложнения выявлены у 23 больных, в том числе у трех был зафиксирован летальный исход. У больных, оперированных из минилапаротомного доступа, неудовлетворительные результаты были отмечены у 14 больных (3,1%), из них конверсия – у 6 больных (1,3%) и осложнения у 8 больных (1,8%). Наконец у больных, которым была выполнена лапароскопическая операция, неудовлетворительный результат был у 11 больных (3,2%), в том числе конверсия у 4 больных (1,2%) и осложнения у 7 больных (2,0%).

Нами были получены достоверные различия между изучаемыми группами по продолжительности лечения больных. Продолжительность общей госпитализации в группе больных, оперированных традиционно, составила $11,9 \pm 0,3$ суток, оперированных из минилапаротомного доступа – $5,8 \pm 0,2$ суток и из лапароскопического доступа – $2,4 \pm 0,1$ суток ($p < 0,05$). Столь короткий срок лечения в последней группе был обусловлен тем обстоятельством, что часть пациентов была пролечена в стационарзамещающих условиях.

Одним из важнейших показателей, характеризующих результаты хирургического лечения больных, являются сроки, потребовавшиеся для подготовки больного к операции, а также время, которое пациенты проводят в стационаре после вмешательства и до выписки. Оценка была проведена в группе больных, поступивших для планового обследования и лечения, то есть пациенты, потребовавшие экстренной операции после кратковременного (несколько часов) обследования и подготовки, были исключены. Кроме того, были исключены больные, которым были выполнены вмешательства в стационарзамещающих условиях. Это было обусловлено тем обстоятельством, что пациенты этой группы проходили обследование в амбулаторных условиях до момента госпитализации.

В результате, среди больных, оперированных из лапаротомного доступа, продолжительность предоперационного обследования и подготовки была максимальной ($5,7 \pm 0,2$ суток), и существенно отличалась от этого параметра в двух других группах ($2,7 \pm 0,2$ суток для минилапаротомного доступа и $1,2 \pm 0,1$ суток для лапароскопического).

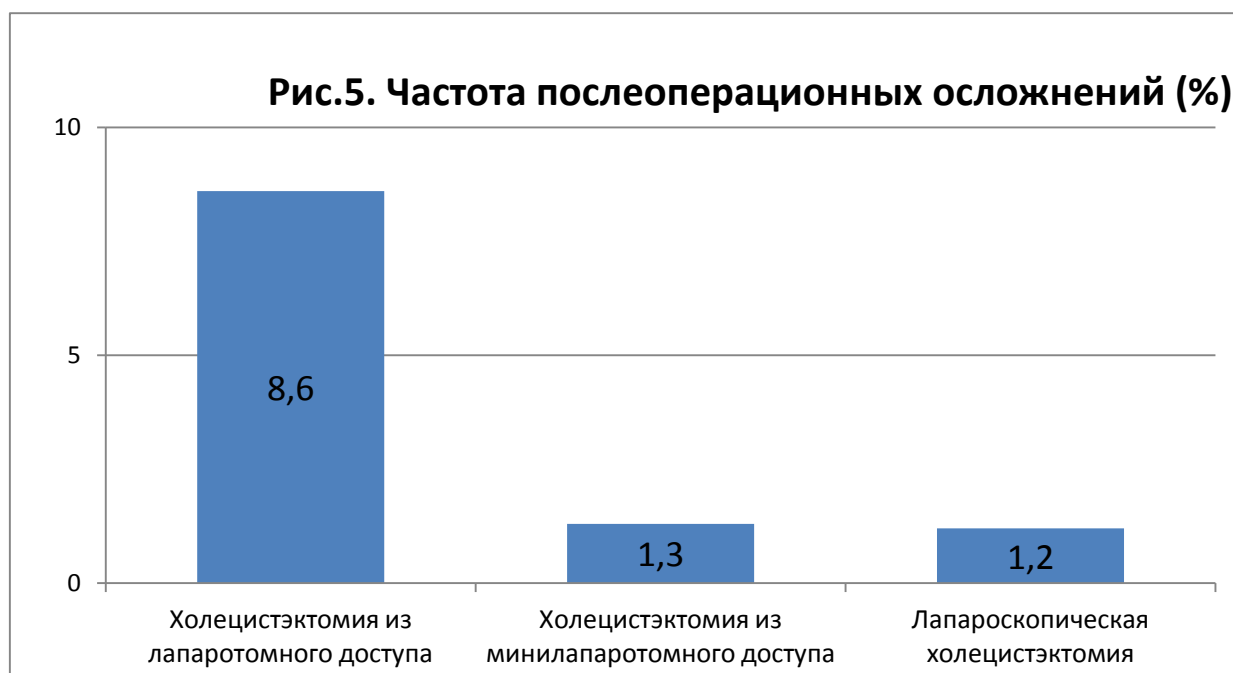
В настоящем исследовании продолжительность госпитализации после операции в группах различалась существенно (рис. 4), при этом были получены статистически достоверные различия по этому параметру между всеми изучаемыми группами ($p < 0,01$).



Переход к лапаротомному доступу был как у пациентов, оперированных из минилапаротомного доступа, так и из лапароскопического, причем, практически, в одном проценте случаев (1,3% и 1,2% соответственно). Причины перехода к лапаротомии были похожими, основные – выраженное воспаление в зоне вмешательства и кровотечение. У больного, оперированного из минилапаротомного доступа, переход был выполнен для остановки кровотечения из пузырной артерии, у оперированного лапароскопически - из ткани печени в области ложа пузыря, не поддающегося коагуляции, было выполнено ушивание ложа. Наконец, по одному больному из каждой группы были оперированы в связи с интраоперационной травмой общего желчного протока, в том числе у больного, оперированного из минилапаротомного доступа, распознанного интраоперационно.

Интраоперационные осложнения были отмечены во всех исследуемых группах, в том числе у 4 больных (1,2%), оперированных лапароскопически, у 3 больных – из минилапаротомного доступа (0,7%) и у 2 больных – из традиционного доступа (0,8%). Хотя характер осложнений во всех группах был схож, частота интраоперационных осложнений была различной, и максимальной – у больных, оперированных лапароскопически, хотя, в целом, невысокой. Кровотечение в большинстве случаев было остановлено из избранного доступа, реже требовался переход к лапаротомному доступу, о чем было сказано ранее.

В контраст интраоперационным, для послеоперационных осложнений отмечается противоположный тренд (рис. 5), характеризующийся достоверно более высокой их частотой у больных, оперированных из лапаротомного доступа ($p < 0,01$).



В группе больных, оперированных лапароскопически, послеоперационные осложнения не потребовали повторных вмешательств, были купированы консервативными мероприятиями. У больных, перенесших вмешательство из минилапаротомного доступа, были, преимущественно, осложнения со стороны операционной раны. Тем не менее, в двух случаях в послеоперационном периоде было отмечено отделение желчи из подпеченочного пространства. В одном случае причиной желчеистечения была несостоятельность лигатуры на культе пузырного протока, что было подтверждено при выполнении рентгеноконтрастного исследования. Была предпринята попытка стентирования общего желчного протока с целью окклюзии, не имевшая успеха, выполнена ЭПСТ. Во втором случае у больной произошла миграция дренажа из просвета общего желчного протока, что потребовало релапаротомии и редренирования протока по Пиковскому. Повторная операция была выполнена из минилапаротомного доступа.

Желчеистечение осложнило послеоперационный период и у трех больных, оперированных из традиционного доступа. В одном случае, как и у больной предыдущей разобранной группы, источником была культя пузырного протока, что потребовало повторного вмешательства, лигирования культи протока и ушивания ложа желчного протока. Еще в одном случае, у больной с клиникой механической желтухой при релапаротомии было выявлено желчеистечение из хода Люшка. Было выполнено ушивание ложа, дренирование общего желчного протока по Пиковскому. Желчеистечение из ложа желчного пузыря также потребовало ушивания ложа желчного пузыря у одного больного.

Летальные исходы зафиксированы у трех больных с осложнениями, все они из группы оперированных из лапаротомного доступа (0,3% для всех больных, включенных в исследование, и 1,2% для группы). Обращает на себя

внимание старческий возраст больных, наличие у них многочисленных сопутствующих заболеваний, а также тяжесть основного заболевания, сопровождающегося многочисленными осложнениями.

В главе 3 представлены результаты малоинвазивных вмешательств у больных острым калькулезным холециститом, а также с осложненным холециститом. Были оценены результаты лечения 406 больных, 347 женщин и 59 мужчин, в возрасте от 14 до 87 лет. Средний возраст больных всей группы составил $50,3 \pm 0,7$ лет. Лапароскопическая холецистэктомия была выполнена у 146 больных, холецистэктомия из минилапаротомного доступа у 260 больных.

Характер основных заболеваний у больных этих групп был сходным, холецистэктомия из минилапаротомного доступа несколько чаще выполнялась у пациентов с острым обтурационным калькулезным холециститом, а также по поводу осложненной желчнокаменной болезни, однако различия не были статистически достоверными ($p > 0,05$). Кроме того, сами эти осложнения были существенно более разнообразными и более тяжелыми (местный перитонит, острый панкреатит, холедохолитиаз, механическая желтуха и пр.).

Сопутствующие заболевания были выявлены на этапе предоперационного обследования у 347 больных (85,5%). Среди больных, перенесших малоинвазивное хирургическое вмешательство по поводу острого холецистита, с заболеваниями сердца и сосудов было большинство (51,8%). Почти у 20% больных были выявлены ожирение и сахарный диабет 2 типа.

Средний показатель уровней ASA у больных, оперированных из различных доступов, был фактически одинаков ($p > 0,05$), наличие сопутствующих заболеваний не оказало существенного влияния на выбор варианта холецистэктомии в рассматриваемой группе больных острым и осложненным калькулезным холециститом.

Существенные различия были получены по средней продолжительности заболевания зарегистрированной на момент поступления больных. В группе больных, оперированных лапароскопически, среднее время заболевания было значительно меньше, чем у больных, которым холецистэктомия была выполнена из минилапаротомного доступа. Различия были существенны и статистически достоверны ($p < 0,01$). Отличалась и максимальная продолжительность заболевания – 15 лет и 20 лет соответственно. Можно предположить, что преобладание осложненных форм калькулезного холецистита у больных, оперированных из минилапаротомного доступа, во многом обусловлено у них существенно большей продолжительностью желчнокаменной болезни.

Операции в анамнезе были у 32 больного (21,9%), перенесшего лапароскопическую холецистэктомию и у 26 больных (9,9%), оперированных из минилапаротомного доступа. Как указывалось ранее, характер вмешательств существенно отличался. У 31 больных оперированных лапароскопически ранее были выполнены операции по поводу заболеваний органов малого таза. Напротив, у больных, перенесших холецистэктомию из минилапаротомного доступа, ранее была выполнена операции на верхних отделах брюшной

полости (гастрэктомия, нефрэктомия, ушивание перфоративной язвы желудка, резекция желудка по Бильрот-2). Еще одна группа вмешательств у этих больных - экстренные операции по поводу заболеваний, вовлекающих в патологический процесс иные отделы брюшной полости (например, - по поводу разрыва кисты яичника). Таким образом, основания для использования минилапаротомного доступа у этих больных острым холециститом, определялись наличием выраженного спаечного процесса в верхних отделах брюшной полости и в подпеченочном пространстве. Был сделан вывод о том, что даже неоднократные операции, как плановые, так и экстренные на органах верхних отделов брюшной полости, выраженный спаечный процесс, не являются противопоказанием к выполнению малоинвазивных вмешательств по поводу желчнокаменной болезни и острого холецистита. Не является ограничением в этой ситуации и наличие тяжелых воспалительных осложнений и деструкции стенки желчного пузыря.

Диагностика желчнокаменной болезни, острого калькулезного холецистита основывалась результатах клинического лабораторного обследования и на данных ультразвукового исследования. Лабораторные исследования продемонстрировали умеренные признаки воспаления, сходные в обеих группах больных, достоверных различий получено не было ($p>0,05$).

Средние размеры желчного пузыря (длина и ширина), оцененные при ультразвуковом исследовании фактически не отличались ($p>0,05$) в группах больных оперированных лапароскопически и из минилапаротомного доступа. В группе больных, оперированных из минилапаротомного доступа, было существенно больше пациентов со стенкой, толщина которой превышала 4-5 мм, в том числе 11 больных - более 10 см. Средние показатели этого параметра отличались достоверно ($p<0,01$). Достоверные различия были получены и по такому признаку как «расслоение/двухконтурность» стенки желчного пузыря. Таких больных было больше в группе оперированных из минилапаротомного доступа (6,2 и 14,1% соответственно, $p<0,05$).

При выполнении вмешательства у больных острым и осложненным холециститом преимущество отдавалось минилапаротомному доступу, таких больных было 2/3 от всего числа пациентов.

Признаки острого воспаления интраоперационно были подтверждены у всех больных, однако, степень их выраженности была различной, практически по всем показателям степень выраженности воспалительных изменений была существенно больше у больных, перенесших вмешательство из минилапаротомного доступа. Кроме того, у лапароскопически оперированных больных воспаление ни в одном случае не достигало такой степени, при которой в подпеченочном пространстве определялся жидкостной компонент, в том числе содержащий гной, а тем более - формировался абсцесс, потребовавший дополнительных манипуляций для санации. У больных острым холециститом, оперированных из минилапаротомного доступа, помимо вышеперечисленных признаков острого воспаления, в трех случаях была

выявлена выраженная инфильтрация гепатодуоденальной связки, еще в трех – отек и уплотнение головки поджелудочной железы.

Вмешательство из минилапаротомного доступа выполнялось, преимущественно, из правостороннего трансректального разреза (161 больной), лишь у 10 пациентов использовали правосторонний параректальный доступ. Величина доступа колебалась от 3 до 8 см, средний параметр составил $4,5 \pm 0,1$ см. У больных, оперированных лапароскопически, пункция была выполнена 14 больным (9,6%), у больных, оперированных из минилапаротомного доступа, – у 51 больного (19,6%). Наличие гноя в пунктате (эмпиема желчного пузыря) отмечено у 4 (28,6%) больных, оперированных лапароскопически и у 25 (48,9%) – из минилапаротомного доступа. Мы получили существенные различия по продолжительности вмешательства у больных, перенесших различные малоинвазивные операции по поводу острого холецистита ($p < 0,01$). В группе больных, оперированных из минилапаротомного доступа в 80 случаях (30,8%) продолжительность операции превышала один час (максимально достигая 120 минут).

Очевидно, на продолжительность вмешательства повлияло то обстоятельство, что больным этой группы потребовались дополнительные манипуляции по выделению элементов шейки желчного пузыря из спаек или воспалительного инфильтрата, особенно сложные у пациентов с обтурацией шейки желчного пузыря конкрементом. В протоколах 51% больных имеются указания на пункцию желчного пузыря с эвакуацией его содержимого, нередко – гноя. Во всех случаях потребовалась дополнительная санация подпеченочного пространства.

Операции, выполненные по поводу заболеваний общего желчного протока, потребовались лишь больным, у которых холецистэктомия была выполнена из минилапаротомного доступа, среди оперированных лапароскопически таких пациентов не было. Среди больных острым и осложненным холециститом расширение объема вмешательства потребовалось шестерым больным, во всех случаях использовался правосторонний трансректальный разрез. Показанием к ревизии и вмешательству на общем желчном протоке у большинства больных была механическая желтуха, холедохолитиаз. Во всех случаях интраоперационно было выявлено расширение общего желчного протока (от 1,2 см до 1,5 см). В четырех случаях была выполнена супрадуоденальная холедохотомия, протяженностью от 1 до 1,5 см с удалением конкрементов. Размеры конкрементов колебались от 0,5 до 3,5 см. Ревизия завершалась обследованием долевых желчных протоков и терминального отдела общего желчного протока с оценкой проходимости большого сосочка двенадцатиперстной кишки. При этом, как правило, использовали пуговичный зонд. У двух больных отмечены затруднения при прохождении зонда, что явилось показанием к выполнению холедоходуоденостомии. В тех случаях, когда проходимость большого сосочка двенадцатиперстной кишки была сохранена, ограничивались дренированием общего желчного протока.

Сочетанные вмешательства были выполнены у 3 больных, оперированных лапароскопически, и у 7 больных, оперированных из минилапаротомного доступа. Показанием к выполнению ампутации матки с придатками у двух больных острым холециститом, оперированных лапароскопически, явилась фибромиома матки (доступ – разрез Пфанненштиля), абдоминоподермоэктомия была выполнена у одной больной с ожирением 3 степени.

Основным показанием к сочетанному вмешательству у больных, оперированных из минилапаротомного доступа, явились грыжи передней брюшной стенки. В одном случае больная ранее перенесла ампутацию матки, после чего сформировалась послеоперационная грыжа. Больной была выполнена холецистэктомия из минилапаротомного доступа по поводу острого обструктивного калькулезного холецистита, а также протезирующая герниопластика.

Таким образом, выполнение сочетанного лапароскопического вмешательства оказывалось актуальным у больных, у которых операция предполагалась в одной анатомической зоне, например в брюшной полости и полости малого таза, как в случае холецистэктомии и ампутации матки с придатками. В тех случаях, когда зоны вмешательства были различными, преимущество отдавали холецистэктомии из минилапаротомного доступа (например, брюшная полость и передняя брюшная стенка).

Непосредственные результаты малоинвазивных вмешательств у больных острым холециститом были благоприятными. В группе больных, оперированных лапароскопически, мы не встретились ни с интраоперационными, ни с послеоперационными осложнениями. Кроме того, ни в одном случае нам не пришлось переходить на лапаротомный доступ для завершения вмешательства.

Интраоперационные осложнения в группе больных, у которых операция выполнялась из минилапаротомного доступа, развились в трех случаях (1,8%). Во всех случаях осложнения развились на фоне флегмонозного холецистита и выраженного воспалительного инфильтрата в области шейки желчного пузыря.

В одном случае, у больной с острым обтурационным холециститом, эмпиемой желчного пузыря, при разделении спаек и отделении пряди большого сальника от дна пузыря вскрылся его просвет с попаданием в брюшную полость большого количества гнойной желчи. После санации подпеченочного пространства отмечено интенсивное кровотечение из инфильтрированной пряди сальника, что потребовало наложения швов для гемостаза.

Еще у одной больной, также при разделении перипузырных сращений было отмечено диффузное кровотечение из прядей сальника и паренхимы печени, потребовавшее длительной коагуляции и применения гемостатической губки. Гемостатическая губка была использована еще в одном случае для остановки кровотечения из травмированной паренхимы печени в области ложа желчного пузыря.

Послеоперационные осложнения со стороны операционной раны были у трех больных, перенесших вмешательство из минилапаротомного доступа (1,2%). У одной больной на третьи сутки после операции была выявлена гематома, потребовавшая дополнительных перевязок и антибактериальной терапии. У второй, на четвертые сутки после холецистэктомии, между швами была эвакуирована небольшая серома. Дальнейший послеоперационный период у обеих больных протекал без осложнений.

Продолжительность госпитализации является важной характеристикой результатов хирургического вмешательства. У больных, оперированных лапароскопически, сроки госпитализации составили $1,2 \pm 0,1$ суток, оперированных из минилапаротомного доступа - $5,7 \pm 0,3$ суток ($p < 0,01$).

Следует отметить, что 83 больных (57%) с острым холециститом, перенесших лапароскопическую холецистэктомию, было оперировано в амбулаторных условиях, то есть их общий койко-день не превысил одних суток. Именно этим можно объяснить столь существенную разницу в продолжительности лечения, сравнительно с пациентами, которые были оперированы из минилапаротомного доступа. Среди последних было лишь 11 больных (4,2%), пролеченных за 1 сутки.

На основании представленных результатов проведенного исследования был составлен алгоритм отбора больных для осуществления вмешательства из того, или иного малоинвазивного доступа (рис. 6). В алгоритм были включены параметры, оценка которых была возможна на основании базового предоперационного обследования. Из приведенного алгоритма следует, что выбор минилапаротомного доступа определялся наличием у больных показаний по ряду основных направлений. В первую очередь, это наличие тяжелого воспаления в области желчного пузыря, подтвержденного результатами ультразвукового исследования, о чем было сказано ранее.

Еще одной причиной выбора минилапаротомного доступа при выполнении вмешательств на гепатобилиарной зоне явились, также, осложнения желчнокаменной болезни, но уже со стороны внепеченочных желчных протоков. Выявление холедохолитиаза, стеноза большого сосочка двенадцатиперстной кишки, механической желтухи потребовало выполнения реконструктивных вмешательств и наружного дренирования общего желчного протока, что и было осуществлено в сочетании с холецистэктомией.

Больных острым холециститом, перенесших сочетанное вмешательство в настоящем исследовании было немного, однако была четко прослежена взаимосвязь характера предстоящего вмешательства и выбора варианта операции. Можно видеть, как было указано в предыдущем разделе, что если выполнение операции не предусматривало изменения доступа, вмешательство выполнялось видеоэндоскопически. В остальных случаях предпочитали выполнять операцию, сочетано с холецистэктомией из минилапаротомного доступа.



Рис.6. Алгоритм выбора способа малоинвазивного вмешательства у больных с острым холециститом

Настоящее исследование показало, что применение малоинвазивных методик может быть с успехом применено у больных острым холециститом. Четкая предоперационная оценка состояния пациента, его общего статуса и характера локальных изменений, позволяет осуществить правильный выбор варианта хирургического вмешательства. Мы получили хорошие результаты лапароскопического лечения больных острым калькулезным холециститом в 100% случаев, а хорошие результаты вмешательств из минилапаротомного доступа в 97% случаев.

Представленный опыт показывает, что выполнение малоинвазивных операций у больных острым и осложненным холециститом возможно, с одной стороны в амбулаторном режиме (о чем будет сказано далее), а с другой стороны – у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, с осложненной желчнокаменной болезнью, с необходимостью выполнения сочетанных хирургических вмешательств. Кроме того, использование минилапаротомного доступа позволило расширять объем операции, выполняя необходимые этапы на гепатодуоденальной связке.

Глава 4 посвящена оценке результатов хирургического лечения больных с заболеваниями желчевыводящих путей в стационарзамещающих условиях. Пациенты, включенные в настоящее исследование, были госпитализированы с ориентацией на выполнение холецистэктомии с использованием малоинвазивных хирургических методик в стационарзамещающих (амбулаторных) условиях. Оценка возможностей амбулаторного малоинвазивного лечения больных желчнокаменной болезнью проводилась при сопоставлении этих групп больных – пролеченных в течение 1 суток и с более продолжительной госпитализацией. В исследование был включен 161 больной, в том числе 25 мужчин и 136 женщин, средний возраст больных составил $47,7 \pm 1,1$ лет.

В группу больных, которым была выполнена операция в стационарзамещающих условиях (1 группа) вошло 102 пациента. В группе больных, срок госпитализации которых превышал одни сутки, было 59 больных (2 группа).

Больные обеих групп достоверно не отличались по возрасту, при этом необходимость в увеличении сроков стационарного лечения была в два раза выше у больных мужского пола ($p < 0,05$).

Ведущим заболеванием, послужившим показанием к операции, в обеих группах была желчнокаменная болезнь, острый или хронический калькулезный холецистит. Осложнения основного заболевания были выявлены у 22,5% больных первой группы и у 28,8% больных второй группы ($p > 0,05$). Кроме того, сами осложнения были существенно более тяжелыми (табл. 2).

Оценка сопутствующих заболеваний и физического состояния больных с точки зрения операционного риска было проведена на основе классификации ASA. Различия между группами были существенными, в

первой группе было 11,8% больных первого класса по шкале ASA и лишь 8,8% больных принадлежали к 3 классу. Во второй группе больных 2 и 3 класса по шкале ASA было приблизительно поровну. Полученные по этому параметру различия были статистически достоверны ($p<0,01$).

Таблица 2

**Осложнения основного заболевания у больных обеих групп
(в % к общему числу больных)**

Осложнения основного заболевания	1 группа		2 группа	
	п	%	п	%
Отключенный желчный пузырь	21	20,5	17	28,8
Водянка желчного пузыря	5	4,9	1	1,7
Эмпиема желчного пузыря	3	2,9	9	15,3
Флегмонозный холецистит	3	2,9	5	8,5
Гангренозный холецистит	1	0,9	2	3,4
Местный перитонит	-	-	2	3,4
Механическая желтуха	-	-	1	1,7

Во второй группе больных клиническая картина заболевания была более яркой, жалобы разнообразнее и чаще встречались, чем в первой группе. Обращает на себя внимание существенно большее число пациентов с жалобами на тошноту, рвоту, а также лихорадку и озноб во второй группе. Заболевание носило приступообразный характер у 98,0% больных 1 группы и у 94,9% больных 2 группы ($p>0,05$). В 1 группе вмешательства на органах брюшной полости и малого таза до настоящей госпитализации перенесли 23,5% пациентов, во 2 группе – 20,4% пациентов.

По данным УЗИ средние размеры желчного пузыря достоверно не отличались, увеличение размеров выявлено у 25,5% больных первой группы и у 28,6% больных второй группы ($p>0,05$). Утолщенная стенка желчного пузыря была отмечена у существенно большего числа больных второй группы, различия по средней величине были достоверны ($p<0,05$). Конкременты при УЗИ были выявлены у всех больных в настоящем исследовании. В обеих группах были больные как с единичными, так и с множественными конкрементами, их соотношение было, практически, одинаково ($p>0,05$). Оценка ультразвуковых параметров включала выявление обтурации камнем шейки желчного пузыря. В первой группе подобных больных было 9,8%, во второй – 25,0% ($p<0,05$).

Хирургическое вмешательство выполнялось в день поступления, после кратковременной предоперационной подготовки (антибиотикопрофилактика препаратами широкого спектра действия, инфузионная терапия, премедикация).

Лапароскопическая холецистэктомия была выполнена 104 больным, вмешательство из минилапаротомного доступа - 57 больным. При этом у больных, покинувших стационар в течение первых суток, преимущественно выполнялась лапароскопическая холецистэктомия (88%). Напротив, задержка с выпиской из стационара была, главным образом, у больных, которым удаление желчного пузыря выполняли из минилапаротомного доступа (76%).

Мы получили достоверные отличия по таким интраоперационным параметрам как утолщение стенки желчного пузыря и наличие выраженного спаечного процесса в подпеченочном пространстве ($p < 0,05$), то есть по основным клиническим признакам, говорящим то степени выраженности воспалительного процесса. Частота выявления симптомов деструкции стенки желчного пузыря также была существенно выше во второй группе больных, хотя общее их количество было недостаточно для статистического анализа.

В обеих группах при выполнении как лапароскопического вмешательства, так и холецистэктомии из минилапаротомного доступа не было интраоперационных осложнений. Ни в одном случае выполнения лапароскопической холецистэктомии не потребовалось перехода на лапаротомию, а также не потребовалось расширения доступа при осуществлении минилапаротомии.

Операции из минилапаротомного доступа фактически не отличались по продолжительности в исследуемых группах. Некоторые различия, хотя и недостоверные, были зафиксированы в группах больных, перенесших лапароскопическое вмешательство. Таким образом, большее число осложнений и большая выраженность воспалительных изменений фво второй группе больных сказалась на лишь продолжительности лапароскопической холецистэктомии.

Послеоперационное течение в раннем отдаленном периоде явилось предметом оценки в обеих группах больных. Не было послеоперационных осложнений, как после лапароскопической холецистэктомии, так и после операции из минилапаротомного доступа, независимо от сроков лечения.

Сроки госпитализации были детально рассмотрены у больных второй группы, в первой группе этот показатель составил 1 сутки. Оценка проводилась применительно к тем параметрам, которые оказали существенное влияние на продолжительность госпитализации. Общая оценка показала, что средний срок госпитализации составил 2,3 суток (от 2 до 4 суток). Средний срок госпитализации у больных, перенесших лапароскопическое вмешательство, составил 2,5 суток, операцию из минилапаротомного доступа – 2,2 суток ($p > 0,05$).

При анализе влияния на продолжительность лечения возраста больных и их пола мы не получили существенных отличий. Существенное влияние на продолжительность лечения, по нашим данным, оказало наличие воспалительного процесса в желчном пузыре, а также степень этого воспаления. В частности, при сравнении больных второй группы с острым холециститом с окклюзией конкрементом шейки желчного пузыря и без окклюзии были получены достоверные различия ($p < 0,05$). Еще более существенные различия получены у больных, оперированных по поводу эмпиемы желчного пузыря, особенно в сочетании с воспалительной деструкцией его стенки, флегмонозного или гангренозного холецистита.

Несомненное влияние на сроки выписки после операции оказало наличие тяжелых сопутствующих заболеваний. Корреляционный анализ продолжительности госпитализации и уровня шкалы по классификации ASA, установил достоверную прямую корреляционную зависимость ($r = 0,25$).

Выполнение сочетанного вмешательства существенно удлинило сроки послеоперационного лечения, средний койко-день составил 3,25 суток, в том числе трое больных находились в стационаре в течение 4 суток после операции. Столь значимое увеличение продолжительности госпитализации было вполне оправдано, так как сочетанное вмешательство увеличивает операционную травму и необходимые сроки послеоперационной реабилитации.

Глава 5 посвящена обсуждению полученных результатов и их сопоставлению с последними данными мировой литературы по изучаемой проблеме. Обобщены научные данные, касающиеся показаний к малоинвазивным доступам и традиционному доступу у больных желчнокаменной болезнью. Проведен сравнительный анализ использования лапароскопического вмешательства и минилапаротомного доступа у больных острым калькулезным холециститом. Оценены результаты применения разработанного алгоритма выбора малоинвазивного хирургического вмешательства у больных острым и осложненным холециститом. Охарактеризованы, с точки зрения мировой практики, результаты амбулаторного лечения желчнокаменной болезни. Показано, что возможности малоинвазивных вмешательств в амбулаторной практике лечения больных с заболеваниями желчевыводящих путей достаточно высоки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенное исследование позволило провести многофакторный анализ современных способов хирургического лечения заболеваний желчевыводящих путей, определить показания к различным вариантам малоинвазивных вмешательств, в том числе у больных острым холециститом, уточнить место сочетанных вмешательств и амбулаторных технологий, что позволило решить все поставленные задачи и достичь цели

исследования, которой является разработка рациональной тактики хирургического лечения больных с заболеваниями желчевыводящих путей

ВЫВОДЫ

1. Малоинвазивные вмешательства, к которым относят операции, выполняемые с использованием видеоэндоскопической техники и инструментов для минилапаротомного доступа следует считать операциями выбора у большинства больных с заболеваниями желчевыводящих путей.
2. Выбор варианта малоинвазивного вмешательства у больных с заболеваниями желчевыводящих путей определяется характером и степенью выраженности локальных изменений, наличием местных и общих осложнений, а также тяжестью сопутствующих заболеваний.
3. Четкая предоперационная оценка общего статуса и характера локальных изменений позволяет осуществить выбор варианта малоинвазивного хирургического вмешательства у больных острым и осложненным калькулезным холециститом. При использовании малоинвазивных вмешательств по предложенному алгоритму хорошие результаты лапароскопического лечения были получены у 98,8%, холецистэктомии из минилапаротомного доступа у 98,7% больных с осложненными формами заболевания желчевыводящих путей без конверсии доступа.
4. Предложенная модель хирургического ретрактора-осветителя при вмешательствах из минилапаротомного доступа, улучшая освещенность операционного поля и обеспечивая его адекватную санацию, позволяет значительно сократить продолжительность хирургического вмешательства.
5. При соответствующем отборе больных амбулаторное лечение желчнокаменной болезни с использованием лапароскопической техники оказалось эффективным в 86,5% наблюдениях. Использование минилапаротомного доступа значительно сократило сроки послеоперационного лечения, хотя как способ амбулаторного лечения он был существенно менее эффективен (21%).
6. Сочетанное лапароскопическое вмешательство целесообразно выполнять в одной анатомической зоне (в брюшной полости или полости малого таза). В тех случаях, когда зоны вмешательства различны, следует выполнять холецистэктомию из минилапаротомного доступа.
7. Лапаротомный доступ сохраняет свою актуальность в лечении больных с заболеваниями желчевыводящих путей. На сегодняшний день абсолютным показанием к холецистэктомии из лапаротомного доступа является разлитой и диффузный перитонит с необходимостью ревизии органов брюшной полости.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Флегмонозное и гангренозное воспаление желчного пузыря является основным показанием к вмешательству из минилапаротомного, либо лапаротомного доступов, в существенно меньшей степени – к лапароскопической операции.
2. Сочетанные вмешательства при наличии нескольких заболеваний органов брюшной полости и малого таза могут выполняться как с использованием лапароскопической техники, так и из минилапаротомного доступа.
3. Выполнение амбулаторных вмешательств у больных с заболеваниями желчевыводящих путей возможно с применением малоинвазивных методик со сроком госпитализации не превышающим одних суток.
4. У больных с выраженным воспалением желчного пузыря в зоне вмешательства, а также интенсивным кровотечением из ткани печени целесообразна конверсия малоинвазивного доступа.
5. Предложенный хирургический ретрактор-осветитель при выполнении холецистэктомии из минилапаротомного доступа высокоэффективен у больных острым холециститом, особенно – его деструктивными формами.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Холецистэктомия из лапароскопического доступа у больных старшего возраста. **Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова - 2012. - № 9. - С. 38-48** (в соавт. с Ф.С. Курбановым, С.Ф. Аббасовой, А.Н. Сушко, С.Р. Добровольским)
2. Анализ осложнений после различных способов холецистэктомии при остром калькулезном холецистите. **Московский хирургический журнал – 2012. - №5. - С.14-17** (в соавт. с Н.С. Осмонбековой, Н.В. Смирновым, Ф.С. Курбановым, С.Р. Добровольским)
3. Лапароскопическая холецистэктомия у больных пожилого и старческого возраста. Виноградовские чтения. Материалы конференции. - Москва. - 25 апреля 2013. - С. 5-6 (в соавт. с С.Ф. Аббасовой, З.М. Салимовым)
4. Хирургическое лечение желчнокаменной болезни у больных пожилого возраста. **Сәғәтһиууә - 2012. - №3. - С. 3-6** (в соавт. с Ф.С. Курбановым, С.Ф. Аббасовой)
5. Минилапаратомный доступ в хирургическом лечении желчнокаменной болезни. **Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова – 2013. - № 3. – С. 95-98**
6. Миниинвазивные вмешательства в хирургическом лечении осложненной желчнокаменной болезни. **Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова – 2013. - № 5. - стр. 73-76**
7. Факторы риска перехода на лапаротомию при лапароскопической холецистэктомии. **Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова – 2013. - № 7. – С. 71-74**

8. Results cholecystectomy form minilaparotomic access in patiektivs with acute colalous cholecystitis. Abstracts of XIII International Euroasian Congress of Surgery and Gastroenterology. – Baku. - 12-15 september, 2013. - P.129 (в соавт. с F.S.Kurbanov)
9. Качество жизни больных после холецистэктомии. **Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова - 2013. - №9 - С. 24-29** (в соавт. с Н.С. Осмонбековой, В.К. Поповичем, М.А. Чиниковым, С.Р. Добровольским)
10. Вмешательства из минидоступа у больных с желчнокаменной болезнью. Сəgħahiyuə - 2013. - №3 (35). - С.94-96 (в соавт. с Ф.С. Курбановым, А.Н. Сушко, С.А. Асадовым, С.Р. Добровольским)
11. Результаты лапараскопической холецистэктомии у больных пожилого и старческого возраста. **Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова - 2013. - №10. – С. 22-24** (в соавт. с Ф.С. Курбановым, С.Ф. Аббасовой, В.К. Поповичем, С.Р. Добровольским)
12. Холецистиэктомия из минидоступа у больных калькулезным холециститом. **Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова - 2013. - №11. - С.32-34** (в соавт. с Ф.С. Курбановым, В.К. Поповичем, Н.С. Османбековой, А.Н. Сушко, С.Р. Добровольским)
13. Лапароскопическая холецистэктомия в стационаре краткосрочного пребывания у больных с острым холециститом. **Хирургическая практика – 2013 - №4. - С.39-42** (в соавт. с Ф.С. Курбановым, М.А. Чиниковым, А.Н. Сушко, И.С. Пантелеевой)
14. Хирургическое лечение желчнокаменной болезни в амбулаторных условиях. **Московский журнал хирургии - 2013. - №6. - С.18-23** (в соавт. с М.А. Чиниковым, В.К. Поповичем, Ф.С. Курбановым, И.С. Пантелеевой, С.Р. Добровольским)
15. Результаты лапароскопического лечения хронического калькулезного холецистита у больных старшего возраста. Сəgħahiyuə - 2013.- №4. - С. 37- 39 (в соавт. с Ф.С. Курбановым, А.Н. Сушко, М.А. Чиниковым, С.Р. Добровольским)
16. Холецистэктомия из минилапаротомного доступа у больных с острым калькулезным холециститом. **Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова - 2014, №1. - С.30- 34** (в соавт. с Ф.С. Курбановым, М.А. Чиниковым, В.К. Поповичем, И.С. Пантелеевой, А.Н. Сушко, С.Р. Добровольским)
17. Хирургический ретрактор-осветитель в лечении желчнокаменной болезни из мини-лапаротомного доступа. Сəgħahiyuə - 2014. - №1. - С.13-15 (в соавт. с Ф.С. Курбановым, М.А. Чиниковым, А.В. Волобуевым, И.С. Пантелеевой, Э.А. Абдиновым)
18. Хирургическое лечение острого холецистита из мини-лапаротомного доступа. Сəgħahiyuə - 2014. - №2. – с. 41-43
19. Амбулаторная хирургия желчно каменной болезни. Sağlamlıq – 2014. - №2. - С.26-31

20. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите. **Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова – 2014. - №2. - С. 16-18** (в соавт. с Ф.С. Курбановым, М.А. Чиниковым, И.С. Пантелеевой, В.К. Поповичем, А.Н. Сушко, Л.Р. Алвендовой)
21. Хирургический ретрактор-осветитель в лечении желчнокаменной болезни из минилапаротомного доступа. **Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова - 2014. - №6. - С. 69-70** (в соавт. с Ф.С. Курбановым, М.А. Чиниковым, А.В. Волобуевым, И.С. Пантелеевой, Е.А. Абдиновым)
22. Видеоэндоскопическое лечение больных с острым холециститом в условиях краткосрочной госпитализации. Тезисы докладов XVII съезда Российского Общества Эндоскопических Хирургов. Эндоскопическая хирургия – 2014. - №1. – С. 14 (в соавт. с Ф.С. Курбановым, М.А. Чиниковым, И.С. Пантелеевой, А.Н. Сушко, Л.Р. Алвендовой)
23. Результаты хирургического лечения желчнокаменной болезни из лапаротомного и малоинвазивных доступов. **Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова - №7. - 2014, С. 21-25** (в соавт. с М.А. Чиниковым, И.С. Пантелеевой, Ф.С. Курбановым, В.К. Поповичем, А.Н. Сушко)
24. Малоинвазивное хирургическое лечение острого и осложненного калькулезного холецистита. **Московский хирургический журнал – 2014. - №2. - С. 35 - 38** (в соавт. с Ф.С. Курбановым, В.К. Поповичем, М.А. Чиниковым, А.Н. Сушко, И.С. Пантелеевой)
25. Choice of surgical approach in the treatment of cholelithiasis. Azerbaijan-Turkey Days of Surgery and Gastroenterology, Baku, 2014. – P. 87-88 (в соавт. с F.S. Kurbanov, A.N. Sushko, I.S. Panteleyeva, S.R. Dobrovolskiy)
26. Хирургический ретрактор–осветитель // Бюллетень изобретения полезные модели. – 2014. - №19 (июль). **Патент №142738 по заявке №2013155924 от 17.12.2013 г. Зарегистрировано в государственном реестре полезных моделей РФ 30 мая 2014 года** (в соавт. с Ф.С. Курбановым, М.А. Чиниковым, А.В. Волобуевым, И.С. Пантелеевой, Э.А.Абдинов)